

MÜTTER- UND SÄUGLINGSSTERBLICHKEIT
AN DER I. FRAUENKLINIK DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN
UND AM STÄDTISCHEN KRANKENHAUS S. CAMILLO IN ROM

Helga Luft

1964



Digitized by the Internet Archive
in 2026

MÜTTER- UND SÄUGLINGSSTERBLICHKEIT
AN DER I. FRAUENKLINIK DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN
UND AM STÄDTISCHEN KRANKENHAUS S. CAMILLO IN ROM

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Helga Luft
aus Teplitz-Schönau

München 1964

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter:	Professor Dr. G. MARTIUS
Mitberichterstatter:	Professor Dr. W. BICKENBACH
Dekan:	Professor Dr. R. BACHMANN

Tag der mündlichen Prüfung: 14. 7. 1964



MEINEM VATER
IN DANKBARKEIT
GEWIDMET

EINLEITUNG

In den medizinischen Fachzeitschriften sowie in Laienblättern ist in letzter Zeit wiederholt über die hohe Mütter- und Säuglingssterblichkeit in der Bundesrepublik berichtet worden. Nach Statistiken der Weltgesundheitsorganisation liegt die Bundesrepublik unter den zivilisierten Ländern Europas und Amerikas an drittletzter Stelle.

Verschiedene Faktoren sind wiederholt dafür verantwortlich gemacht worden. Nach KLEINE (1) NAUJAKS und SCHWENDER (2), BREY und WIENOLD (3) ANDREAS (4) vor allem eine ungenügende Schwangerenfürsorge, besonders auf dem Lande, unzureichende technische Ausstattung vieler kleinerer Krankenhäuser, unzureichende Fortbildung auf dem Gebiet der Geburtshilfe vieler praktischer Ärzte und Chirurgen, ungenügende Ausbildung vor allem der älteren Hebammen, negative Einstellung der sozialen Krankenkassen zur Klinikentbindung mit dem Fehlen einer sozialen Indikation, das mangelnde Verständnis vieler Arbeitgeber gegenüber berufstätigen Graviden, ungesunde hygienische Verhältnisse vieler Altbauwohnungen und Barackenlager und noch Vieles mehr.

Italien liegt nach den Statistiken der Weltgesundheitsorganisation knapp vor der Bundesrepublik. Wir haben 2 große geburtshilfliche Kliniken, eine in Italien und eine in Deutschland an Hand der Statistik und der Methodik miteinander verglichen und versucht an Hand der Zahlen und der sich ergebenden Unterschiede eine Erklärung für die hohe Mütter- und Säuglingssterblichkeit zu finden.

Dies soll der Inhalt dieser Arbeit sein.

EIGENE UNTERSUCHUNGEN - MATERIAL UND METHODIK

Die vorliegende Arbeit umfaßt das Krankengut der I. Frauenklinik der Universität München aus den Jahren 1955 - 1957 und das Krankengut des städtischen Krankenhauses S. Camillos in Rom, aus dem gleichen Zeitraum. Die Zahlen wurden vom gleichen Untersucher aus den Geburtsjournalen der Kliniken entnommen.

In der Statistik wurden nur die vollständig in der Klinik entbundenen Schwangeren berücksichtigt.

Dies sei besonders erwähnt, um etwaige Differenzen, die sich aus statistischen Arbeiten des gleichen Zeitraumes ergeben könnten, zu klären.

Aus den Geburtsjournalen wurden folgende Daten ausgewertet und jeweils gesondert untersucht.

1. Zahl der Kinder - Zahl der Entbindungen
2. Episiotomien - Dammrisse
3. Manuelle Plazentalösung
4. Beckenendlagen
5. Zangenentbindungen
6. Schnittentbindungen
7. Totgeburten
8. Frühgeburten
9. Neugeborenensterblichkeit
10. ledige Mütter
11. Zahl der Erstgebärenden
12. Alter der Erstgebärenden
13. Müttersterblichkeit

1. Die I. Frauenklinik der Universität München

Die Privatstation der geburtshilflichen Abteilung wurde in dieser Arbeit nicht berücksichtigt, da die Privatstation in S. Camillo zum Zeitpunkt der Untersuchungen noch nicht in Betrieb genommen war und somit kein Vergleichsmaterial vorlag.

Die Allgemeinstation der I. Frauenklinik der Universität München wird vor allem von Patientinnen der sozialen Krankenkassen, der Ersatzkassen und von Selbstzahlern besucht, letztere gehören einer sozialen Mittelschicht an. Auch entbinden hier die sogenannten "Hausschwangeren", vorwiegend ledige Mütter aus den niedersten sozialen Schichten, die oft nicht sozialversichert, ohne festes Arbeitsverhältnis sind und völlig alleine dastehen. Sie verrichten in den letzten Monaten der Schwangerschaft leichte Hausarbeit und werden während der Geburt und im Wochenbett von der Klinik kostenlos behandelt.

An der I. Frauenklinik der Universität gibt es eine offizielle Schwangerenberatung, die kostenlos ist. Die Schwangeren werden dort untersucht und auf alle möglichen Komplikationen, die im Laufe der Schwangerschaft auftreten können, hingewiesen. Sie werden zur Teilnahme an Schwangerengymnastik aufgefordert und in Abständen von 4-6 Wochen zu Kontrolluntersuchungen wiederbestellt.

Leider machen noch viel zu wenige Schwangere von dieser Einrichtung Gebrauch, teils aus Unwissenheit, teils aus Zeitmangel, oft aber wohl auch aus Bequemlichkeit. Trotzdem ist wohl jede Frau, die zur Entbindung in die Klinik kommt, wenigstens einmal im Laufe der Schwangerschaft untersucht worden, und es besteht zugleich eine steigende Tendenz zur Klinikentbindung.

Dies ist ein kurzer Überblick über das Patientenmaterial der Allgemeinstation an der I. Frauenklinik der Universität München. Selbstverständlich werden in die I. Universitäts-Frauenklinik in ihrer Eigenschaft als größte Klinik Münchens primär viel mehr komplizierte Fälle eingewiesen, was sich in negativer Hinsicht auf die Mortalitätsstatistik auswirken wird.

2. S. Camillo

San Camillo ist eines der vielen städtischen Krankenhäuser Roms und wurde aus keinem bestimmten Grund ausgewählt.

Die geburtshilfliche Abteilung ist in einem modernen, 1939 erbauten, Gebäude untergebracht und ist in seiner technischen Ausstattung und Einrichtung in jeder Hinsicht mit der I. Frauenklinik der Universität in München vergleichbar.

Neben der Entbindungsstation besitzt S. Camillo eine septische Abteilung, eine

operative Abteilung, ferner eine Strahlenabteilung. Eine Neugeborenenstation im eigentlichen Sinne gibt es in S. Camillo nicht. Die Neugeborenen werden in kleinen Bettchen bei ihren Müttern in den großen Sälen untergebracht. Nur die Frühgeborenen, die schwachen und die kranken Säuglinge werden auf einer Isolierstation von einem Pädiater betreut.

Es wurde darauf verzichtet in dieser Arbeit die Universitätsklinik in Rom einzubeziehen, da größter Wert darauf gelegt wurde, daß sich die Zusammensetzung des Patientengutes auch ungefähr in sozialer Hinsicht entspricht.

An den allgemeinen Abteilungen der Universitätskliniken in Italien überwiegen aber die Angehörigen der niedersten sozialen Schichten, die keiner Krankenkasse angehören und von der Fürsorge eingewiesen sind.

In S. Camillo gehören die Patienten meist einer sozialen Mittelschicht und der gehobeneren Arbeiterschicht an.

Im allgemeinen dürfte aber der Lebensstandard und das Existenzminimum der berücksichtigten Bevölkerungsschichten unter dem der gleichen deutschen Kreise liegen.

In S. Camillo gibt es keine offizielle Schwangerenberatung, denn die Mehrzahl der Italiener der niederen und mittleren sozialen Schichten betrachtet die Schwangerschaft als einen durchaus normalen Zustand, der keinerlei ärztlicher Aufsicht bedarf.

Schwangerenberatung, Schwangerengymnastik und schmerzlose Geburt werden auch in Italien von den führenden Geburtshelfern gefordert, aber bis zur Verwirklichung dieser Forderungen wird noch viel Zeit vergehen, da die Regierung zu diesem Zwecke sogar wie keine Mittel zur Verfügung stellt BELMONTE (5).

Die meisten Frauen aus dem Patientengut von S. Camillo lassen sich während der Schwangerschaft nicht ärztlich untersuchen. Nur ein milderer Prozentsatz (meist junge Erstgebarende) suchen im Laufe der Schwangerschaft ein oder mehrmals eine Hebamme und weit seltener einen Arzt auf.

Auch die Tendenz zur Klinikentbindung ist nur sehr zögernd im Steigen. Nach den Statistiken der Weltgesundheitsorganisation erfolgten in Italien im Jahre 1953 17,5% aller Entbindungen in einer Klinik und im Jahre 1954 22,2%. Diese Statistik wird aber vom industrialisierten Norden Italiens geprägt, da nach Ermittlungen des Statistischen Amtes in Rom, in Rom und Provinz 1953 nur 9,5% aller Entbindungen in einer Klinik erfolgten und 1954 10,8%.

STATISTISCHER TEIL

Tabelle I gibt die genaue Zahl der Entbindungen, Tabelle I a die Zahl der Kinder an.

Von diesen Zahlen leiten sich dann alle folgenden Tabellen ab.

Tab. I Zahl der Entbindungen

	I. Frauenklinik der Universität München	S. Camillo
55	1414	2750
56	1458	2772
57	1638	3018

Tab. I a Zahl der Kinder

	I. Frauenklinik der Universität München	S. Camillo
55	1432	2782
56	1472	2813
57	1656	3058

(lebend und tot geboren über 499 gr Gewicht)

SCHWANGERSCHAFTSGESTOSEN

Das Wort "Gestose" ist heute noch kein einheitlicher Begriff. Die angelsächsische und amerikanische Literatur spricht von Toxaemie, DIXON und HUGHES (6) TAYLOR (7), die italienische von Toxikosen OTTOLENGHI (8), ZACUTTI (9), GASPARI und LEONI (10).

In Deutschland spricht man allgemein von Gestosen, doch konnte auch auf dem Eklampsie Symposium 1956 in Rostock keine Einigung über die Terminologie und über die genauen Abgrenzungen der verschiedenen Formen der Gestosen erzielt werden. KYANK (11) schlug vor, die Gestosen in eine leichtere Form mit einer Eiweißausscheidung von 1-2 ‰ Esbach und einem Blutdruck von 140-180 systolischer Wert, und in eine schwere Form der Gestosen bei einer Eiweißausscheidung von mehr als 4 ‰ Esbach bei einem Blutdruck von über 180 mg Hg, einzuteilen. Diese Einteilung bietet die Grundlage für die Abgrenzung der leichteren von der

schwereren Form der Gestosen in dieser Arbeit.

Die eigentliche Eklampsie ist in der Diagnose durch die Krampfanfälle gegeben und bedarf keiner näheren Erläuterung. Die Gestosen wirken sich in negativer Hinsicht sowohl auf die Müttersterblichkeit, wie auch auf die perinatale Sterblichkeit aus.

Die Kindersterblichkeit bei Gestosen ist $3 \frac{1}{2}$ mal so hoch wie normal RUNGE (12) und liegt bei den verschiedenen deutschen Universitätsfrauenkliniken bei 6 % - 14 %.

Die Müttersterblichkeit liegt bei 10 %.

Tab. II Zahl der Gestosen leichter Form

I. Frauenklinik der Universität			S. Camillo	
55	12	0,84 %	19	1,33 %
56	17	1,17 %	43	1,55 %
57	11	0,67 %	68	2,35 %

Tab. III Zahl der Gestosen schwererer Form

I. Frauenklinik der Universität			S. Camillo	
55	3	0,21 %	-	0,00 %
56	2	0,14 %	1	0,03 %
57	10	0,62 %	-	0,00 %

Tab. IV Zahl der Eklampsien

I. Frauenklinik der Universität			S. Camillo	
55	7	0,49 %	8	0,29 %
56	6	0,41 %	5	0,18 %
57	5	0,31 %	5	0,17 %

Die Zahl der Gestosen ist in S. Camillo annähernd gleich hoch wie an der I. Frauenklinik der Universität München.

Dies überrascht bei der mangelnden Schwangerenfürsorge. Vermutungen liegen nah, daß leichtere Fälle von Gestosen dem Arzt nicht zur Kenntnis gelangen. Andererseits hat die I. Frauenklinik der Universität München in ihrer Eigenschaft als Universitätsklinik wohl primär eine höhere Einweisungszahl an Gestosen.

EPISIOTOMIE UND DAMMRESS

Die Episiotomie als Prophylaxe der Hirn-und Beckenschädigungen hat sich in letzter Zeit immer mehr durchgesetzt.

An der I. Frauenklinik der Universität lag die Zahl der Episiotomien 1957 bei 41,82 %.

In S. Camillo ist man konservativer, nur bei 5,60 % aller Geburten wurde 1957 eine Episiotomie vorgenommen, dementsprechend sind die Zahlen der Dammrisse unvergleichlich höher.

Tab. V. Zahl der Episiotomien

I. Frauenklinik der Universität			S. Camillo	
55	355	25,11 %	142	4,98 %
56	385	26,41 %	95	3,43 %
57	685	41,82 %	169	5,60 %

Tab. VI Zahl der Dammrisse I. Grades

I. Frauenklinik der Universität			S. Camillo	
55	91	6,49 %	230	8,36 %
56	91	6,24 %	162	5,84 %
57	70	4,34 %	140	4,64 %

Tab. VII Zahl der Dammrisse II. Grades

I. Frauenklinik der Universität			S. Camillo	
55	11	0,77 %	247	8,98 %
56	23	1,58 %	329	11,87 %
57	32	1,98 %	314	10,41 %

Tab. VIII Zahl der Dammrisse III. Grades

I. Frauenklinik der Universität			S. Camillo	
55	-	-	9	0,33 %
56	-	-	8	0,32 %
57	-	-	10	0,33 %

Tab. IX Zahl der Labienrisse

I. Frauenklinik der Universität			S. Camillo	
55	11	0,77 %	15	0,55 %
56	11	0,75 %	39	1,41 %
57	1	0,06 %	70	2,31 %

Die Zahl der Dammrisse ist in S. Camillo deutlich höher, Dammrisse III. Grades kommen an der Frauenklinik der Universität überhaupt nicht vor.

Rechnet man die Zahlen aus Tabelle 6, 7, 8 und 9 zusammen, so ergibt sich die folgende Tabelle, die zeigt, daß in S. Camillo fast bei jeder fünften Gebärenden ein Dammriß auftritt. An der I. Frauenklinik der Universität München ist infolge der prophylaktischen Episiotomien die Zahl der Damm- und Labienrisse deutlich niedriger.

Tab. X. Weichteilverletzungen des Dammes und der Labien

I. Frauenklinik der Universität			S. Camillo	
55	113	8,03 %	501	18,21 %
56	125	8,57 %	539	19,44 %
57	103	6,38 %	534	17,69 %

Wenn man dagegen die Zahl der Episiotomien, zu denen der Dammriß zählt, so ergibt sich, daß an der I. Frauenklinik der Universität 1955 und 56 jede dritte und 1957 jede zweite Gebärende nach der Geburt mit Naht versorgt werden muß.

MANUELLE PLACENTALÖSUNG

Tab. XI. Manuelle Placentalösung

I. Frauenklinik der Universität			S. Camillo	
55	39	2,27 %	20	0,73 %
56	34	2,33 %	40	1,44 %
57	36	2,19 %	47	1,56 %

Die höheren Zahlen der manuellen Plazentalösungen in München kann man sich als Folge vorausgegangener Aborte denken, da nach BASS (13) in 34 % aller Fälle von manueller Plazentalösungen sich gehäufte Aborte in der Anamnese finden. Das bedeutet, daß bei Frauen mit vorausgegangenen Fehlgeburten 3 mal so viele manuelle Plazentalösungen zu erwarten sind.

DIE REGELWIDRIGE GEBURT

A. Beckenendlagen

Tab. XII Häufigkeit der Beckenendlagen

I. Frauenklinik der Universität			S. Camillo	
55	87	6,07 %		5,24 %
56	74	5,02 %		4,23 %
57	81	4,85 %		4,51 %

Die Beckenendlage gilt als Indikator für die Zusammensetzung des geburtshilflichen Kollektivs.

Die hier gefundenen Zahlen entsprechen der von STOECKEL (14) angegebenen Durchschnittszahl für Klinikentbindungen und sind an der I. Universitäts-Frauenklinik etwas höher als in S. Camillo.

B. Die Zangenextraktion

An der I. Universitäts-Frauenklinik sind Zangenextraktionen nicht sehr häufig. Hohe Zangen werden überhaupt nicht mehr gemacht und Zangen aus der Beckenmitte nur sehr selten.

In vielen Fällen wird eine Schnittentbindung der Zangenextraktion vorgezogen.

Tab. XIII Zahl der Zangenextraktionen

I. Frauenklinik der Universität			S. Camillo	
55	55	3,84 %	213	7,69 %
56	47	3,19 %	170	6,04 %
57	56	3,40 %	218	7,22 %

In S. Camillo ist die Zangenextraktion keineswegs eine Seltenheit. Es werden dort fast keine Wehenmittel verabreicht, so greift man bei Geburtsstillstand zur Zange. Auch hohe Zangen und Zangen aus der Beckenmitte werden noch relativ häufig angewandt. Die Mortalität der Kinder ist dabei erfreulicherweise sehr gering. So wurden 1957 nur vier Totgeborene bei Zangenextraktionen beobachtet und fünf Kinder starben an den Folgen dieses Eingriffs.

In Tab. XIV werden die Zangenextraktionen nach Beckeneingangs- und Beckenausgangszangen und nach Zangen aus der Beckenmitte aufgeschlüsselt.

Tab. XIV Zangenextraktionen aufgeschlüsselt nach Art der Zange

I. Frauenklinik der Universität				S. Camillo	
55	Beckeneingang	-	-	48	1,75 %
	Beckenmitte	8	0,54 %	107	3,85 %
	Beckenausgang	47	3,30 %	58	2,09 %
56	Beckeneingang	-	-	39	1,39 %
	Beckenmitte	7	0,48 %	96	3,41 %
	Beckenausgang	40	2,71 %	35	1,34 %
57	Beckeneingang	-	-		
	Beckenmitte	4	0,25 %		
	Beckenausgang	52	3,15 %		

DIE SCHNITTENTBINDUNG

Tab. XV Zahl der Schnittentbindungen

I. Frauenklinik der Universität			S. Camillo	
55	42	3,01	150	5,45 %
56	40	2,74 %	137	4,94 %
57	60	3,70 %	86	2,85 %

Bei der hohen Zahl der Zangenextraktionen aus dem Beckeneingang und aus der Beckenmitte in S. Camillo müßte man eigentlich eine verschwindend kleine Zahl von Schnittentbindungen an der römischen Klinik erwarten. Dies ist aber keineswegs der Fall, ja die Zahlen liegen sogar über denen der I. Frauenklinik der Universität München. Dies überrascht zunächst. Beobachtet man aber genauer die Indikationen zu einer Schnittentbindung, so bemerkt man, daß häufiger primär eine Schnittentbindung ausgeführt wird als in München.

DIE FRÜHGEBURTEN

Für S. Camillo standen zur Zeit der Untersuchung nur die Zahlen von 1955 zur Verfügung.

Tab. XVI Zahl der Frühgeburten

I. Frauenklinik der Universität			S. Camillo	
55	159	11,10 %	136	4,92 %
56	158	10,73 %		
57	163	9,80 %		

Unter Frühgeburten verstehen wir in dieser Statistik alle Kinder mit einem Geburtsgewicht von 499-2499 gr. Da verständlicherweise die Kinder mit fallendem Geburtsgewicht stärker gefährdet sind, wurde die Gesamtzahl der Frühgeborenen weiterhin in drei Gruppen unterteilt.

Gruppe A: 400 - 999 gr
 Gruppe B: 999 - 1499 gr
 Gruppe C: 1499 - 2499 gr

Tab. XVII Frühgeborene nach Gewicht aufgeschlüsselt

I. Frauenklinik der Universität				S. Camillo		
55	A	10	0,69 %	A	11	0,39 %
	B	65	4,54 %	B	63	2,27 %
	C	84	5,87 %	C	62	2,26 %
56	A	10	0,67 %			
	B	61	4,13 %			
	C	87	5,93 %			
57	A	10	0,60 %			
	B	63	3,80 %			
	C	90	5,40 %			

Die Mortalität in den einzelnen Gruppen ist sehr verschieden, da die Kinder mit einem niederen Geburtsgewicht auch einen niederen Reifegrad haben und daher viel eher durch Umweltseinflüsse geschädigt werden und Krankheiten zum Opfer fallen.

Im Jahre 1955 starben in S. Camillo von den elf Kindern der Gruppe A neun Kinder, also 82 %, von den 63 Kindern der Gruppe B 31, also rund 50 %, von den 62 Kindern der Gruppe C dagegen 0 %.

An der I. Universitäts-Frauenklinik starben von den zehn Kindern der Gruppe A

im gleichen Jahr zehn Kinder, also 100 %, von den 65 Kindern der Gruppe B 53, also 55,4 %.

Die Gruppe C dagegen hatte eine Mortalität von 3,6 %. Die Zahl der Frühgeborenen an der I. Frauenklinik der Universität ist deutlich höher als in S. Camillo. Der hohe Anteil der ledigen Mütter (35 %), und die hohe Zahl der berufstätigen Mütter mag hier eine Rolle spielen.

DIE PRAENATALE STERBLICHKEIT

Die praenatale Sterblichkeit erfaßt alle Totgeburten von 499 gr an, also sowohl die bei der Aufnahme schon abgestorbenen Früchte, wie die nach der Aufnahme oder während der Geburt abgestorbenen.

Tab. XVIII Praenatale Sterblichkeit

I. Frauenklinik der Universität			S. Camillo	
55	60	4,20 %	53	1,91 %
56	46	3,10 %	77	2,79 %
57	38	2,30 %	79	2,58 %

DIE NEONATALE STERBLICHKEIT

Hiermit werden alle Kinder erfaßt, die bei der Geburt noch lebten, aber dann vor ihrer Entlassung aus der Klinik verstarben.

In S. Camillo werden auch Frühgeborene und kranke Kinder auf Wunsch der Mütter schon 3 Tage nach der Geburt entlassen. Das kann Veränderungen der Ergebnisse zu Ungunsten der I. Frauenklinik der Universität München ergeben.

Tab. XIX die neonatale Sterblichkeit

I. Frauenklinik der Universität			S. Camillo	
55	60	4,20 %	73	2,62 %
56	57	3,91 %	75	2,66 %
57	62	3,79 %	96	3,14 %

DIE PERINATALE STERBLICHKEIT

Die perinatale Sterblichkeit umfaßt die Totgeborenen und die postnatal vor der

Entlassung aus der Klinik gestorbenen Kinder. Ein Vergleich mit den Statistiken der Weltgesundheitsorganisation für das Jahr 1955 zeigt, daß S. Camillo mit einer perinatalen Mortalität von 6,8 % über den für ganz Italien errechneten 4,62 % liegt, die I. Universitäts-Frauenklinik mit 8,2 % weit über dem mit 4,51 % errechneten Durchschnitt für Westberlin und die Bundesrepublik liegt. Dies dürfte an dem hohen Prozentsatz der ledigen Mütter und der hohen Zahl der Frühgeburten, die von dem ersten in gewisser Beziehung abhängig ist, liegen, da nach STEINEGG (15) und BELMONTE (5) die perinatale Sterblichkeit der Kinder lediger Mütter fast doppelt so hoch ist wie die der Kinder verheirateter Mütter.

Tab. XX die perinatale Sterblichkeit

	I. Frauenklinik der Universität		S. Camillo	
55	118	8,20 %	126	4,53 %
56	103	7,01 %	152	5,40 %
57	100	6,43 %	175	5,72 %

DIE LEDIGE MUTTER

Der Prozentsatz der ledigen Mütter in S. Camillo ist nicht annähernd so hoch wie in München. Die moralische Haltung der untersuchten Kreise in Italien ist viel konservativer als die der entsprechenden Bevölkerungsschichten in Deutschland. Tradition, Familie und Einfluß der Kirche sind in Italien auch heute noch Schranken, die nicht ohne weiteres überschritten werden.

Tab. XXI Zahl der ledigen Mütter

	I. Frauenklinik der Universität		S. Camillo	
55	527	36,56 %	315	11,45 %
56	518	35,52 %	244	8,81 %
57	585	35,71 %	226	7,49 %

Die Zahl der ledigen Mütter ist, wie bereits erwähnt, besonders wichtig in Bezug auf die Frühgeburten und die Totgeburten und die perinatale Sterblichkeit. Es ist wohl ohne weiteres verständlich, daß die ledige Mutter die Schwangerschaft unter ganz anderen psychischen Verhältnissen durchmacht wie die verheiratete Mutter. Dies, die Unsicherheit der Verhältnisse, der oft bewegte Lebenswandel

der Mutter und oftmals auch in den ersten Monaten der Schwangerschaft vorgenommene Abtreibungsversuche führen zu der hohen Zahl von Tot- und Frühgeburten bei ledigen Müttern. (STEINEGG (15) und BELMONTE (5)).

Die Tatsache, daß die Zahl der ledigen Mütter in S. Camillo wesentlich niedriger ist als an der I. Universitäts-Frauenklinik, wirkt sich natürlich auf die Statistik aus.

Der Prozentsatz der ledigen Mütter in ganz Italien dürfte im allgemeinen etwas höher liegen, da eine große Anzahl lediger Mütter von einer sozialen Einrichtung, der "Maternità e Infanzia", betreut werden. Diese Organisation bringt die ledigen Mütter, nach Art unseres Hausschwangerensystems, in über das ganze Land verstreuten Heimen unter. Der starke Zustrom zu dieser Einrichtung dürfte aber mehr der Angst vor der Schande als dem Wunsch nach Geborgenheit und nach einer komplikationslosen Geburt zuzuschreiben sein.

ALTER DER ERSTGEBÄRENDEN

Da nach STOECKL (14) und MARTIUS (16) geburtshilfliche Komplikationen, Übertragungen, Frühgeburten und intrauterines Absterben der Frucht bei Erstgebärenden, besonders aber bei alten Erstgebärenden vermehrt auftreten, ist es interessant zu wissen, welchen Anteil die Erstgebärenden an der Gesamtzahl der Geburten haben und zu welcher Altersgruppe sie gehören. Die folgenden Tabellen bringen die Zahl der Erstgebärenden nach ihrem Alter aufgeschlüsselt.

Tab. XXII Zahl der Erstgebärenden

I. Frauenklinik der Universität			S. Camillo	
55	676	49,23 %	1165	40,24 %
56	774	53,77 %	1150	41,48 %
57	836	50,49 %	1308	43,33 %

Tab. XXIII Alter der Erstgebärenden

I. Frauenklinik der Universität				S. Camillo		
55	-15	3	0,44 %	-15	0	0,00 %
	15-19	141	20,69 %	15-19	110	9,44 %
	20-29	426	63,30 %	20-29	885	75,96 %
	30-39	100	14,79 %	30-39	161	13,83 %
	40+	6	0,88 %	40+	9	0,77 %
56	-15	3	0,39 %	-15	0	0,00 %
	15-19	154	19,90 %	15-19	87	7,56 %
	20-29	490	63,31 %	20-29	877	76,27 %
	30-39	119	15,37 %	30-39	178	15,48 %
	40+	8	1,03 %	40+	8	0,69 %
57	-15	0	0,00 %	-15	0	0,00 %
	15-19	182	22,97 %	15-19	117	8,95 %
	20-29	530	63,39 %	20-29	978	74,77 %
	30-39	107	12,78 %	30-39	202	15,44 %
	40+	7	0,85 %	40+	11	0,84 %

Es ist bekannt, daß die Südländer früher körperlich reif werden als die Deutschen. Man könnte also erwarten, daß das Alter der Erstgebärenden dementsprechend niedriger ist. Aus der Statistik von S. Camillo geht aber hervor, daß dies keineswegs der Fall ist. In der Gruppe bis 15 Jahre wurde in S. Camillo in den drei Jahren keine einzige Geburt registriert. In der Gruppe 15-19 Jahre weist S. Camillo niedrigere Zahlen auf als die I. Universitäts-Frauenklinik. Den Hauptanteil der Geburten verzeichnet auch hier die Altersgruppe 20-29, während die Gruppe 30-39 in S. Camillo stärker vertreten ist als in München. Die Zahl der Erstgebärenden über 40 Jahre ist an beiden Kliniken ungefähr gleich. Die größere Zahl der Erstgebärenden in der Gruppe 15-19 an der I. Universitäts-Frauenklinik leitet sich von der größeren Zahl der ledigen Mütter ab, da ein großer Teil der ledigen Mütter unter zwanzig ist.

Die Zahl der Erstgebärenden ist an beiden Kliniken im Verlauf von drei Jahren ziemlich konstant. Sie bewegt sich zwischen 40 und 50 % und ist in München etwas höher als in S. Camillo.

MÜTTERSTERBLICHKEIT

Die Bundesrepublik soll unter den zivilisierten Ländern nach Japan gegenwärtig die höchste Müttersterblichkeit aufweisen (Statistik der Weltgesundheitsorganisation und Veröffentlichung des statistischen Bundesamtes der Bundesrepublik Deutsch-

land). So steht Deutschland mit 0,14 ‰ 1956 und 0,11 ‰ 1957 knapp vor Italien, wo eine Müttersterblichkeit von 0,11 ‰ 1956 und 0,11 ‰ 1957 errechnet wurde. Diese Zahlen, die in der Öffentlichkeit erhebliche Beunruhigung hervorgerufen haben, vermitteln aber nach KLEINE (1) keinen exacten Überblick über die tatsächliche Höhe der Entbindungssterblichkeit in der Bundesrepublik, da sie die Todesfälle der gesamten Schwangerschaft einschließlich der Todesfälle, die auf eine Bauhhöhlenschwangerschaft oder auf Fehlgeburten zurückzuführen sind, einschließt.

In dieser Arbeit werden nur die Todesfälle, die in unmittelbarem Zusammenhang mit der Entbindung stehen, angeführt. Todesfälle durch Bauchhöhlenschwangerschaften oder durch Aborte (spontan oder artifiziell) werden nicht berücksichtigt.

Außerdem wurden nur die vollständig in der Klinik entbundenen Patientinnen erfaßt, nicht aber die außerhalb der Klinik halb oder ganz entbundenen Patientinnen, die wegen einer Komplikation nachträglich noch zur Einweisung kamen.

Diese gereinigte Mortalitätsstatistik mußte unter den Zahlen der Weltgesundheitsorganisation liegen. Dies ist aber nicht der Fall.

Tab. XXIV Müttersterblichkeit

I. Frauenklinik der Universität			S. Camillo	
55	3	0,21 ‰	3	0,11 ‰
56	2	0,06 ‰	1	0,06 ‰
57	2	0,16 ‰	4	0,24 ‰

ZUSAMMENFASSUNG

In der vorliegenden Arbeit wurden an 2 großen geburtshilflichen Kliniken und zwar an der I. Frauenklinik der Universität München und am städtischen Krankenhaus San Camillo in Rom über einen Zeitraum von 3 Jahren alle primären Klinikentbindungen ausgewertet.

Es wurde festgestellt, daß die 2 Kliniken sich sowohl in der technischen Ausstattung, als auch in Bezug auf das Personenmaterial, soweit entsprachen wie das in zwei verschiedenen Ländern möglich ist.

In S. Camillo gibt es keine offizielle Schwangerenberatung, und nur wenige der zur Entbindung kommenden Patientinnen wurden im Laufe der Schwangerschaft regelmäßig von Arzt oder Hebamme untersucht.

Trotzdem sind die Gestosen in S. Camillo in geringerer Zahl vorhanden.

In S. Camillo steht man der prophylaktischen Episiotomie ablehnend gegenüber, die Folge davon sind die hohen Zahlen der Dammrisse.

Geburtshilfliche Operationen sind in S. Camillo fast doppelt so häufig wie an der I. Frauenklinik der Universität München, Besonders Zangenextraktionen, auch die Zangenextraktionen aus dem Beckeneingang und aus der Beckenmitte weisen eine hohe Frequenz auf.

Bei Geburtsstillstand wird in S. Camillo häufig eine Zangenentbindung der Gabe von Wehenmitteln vorgezogen und bei Übertragungen wird primär eine Schnittentbindung gemacht. Die Zahl und das Alter der Erstgebärenden ist an beiden Kliniken ziemlich gleich, die Zahl der ledigen Mütter in München jedoch ungleich höher.

Die Frühgeborenenfrequenz ist in München doppelt so hoch wie in S. Camillo und auch die perinatale Sterblichkeit ist an der I. Universitäts-Frauenklinik mit einer Durchschnittsquote von 7,21 % in 3 Jahren gegenüber der Durchschnittsquote von S. Camillo mit 5,21 % deutlich höher. Im Vergleich mit den Zahlen der Weltgesundheitsorganisation für die beiden Ländern (perinatale Sterblichkeit in Westdeutschland einschließlich West-Berlins 1955 4,51 %, für Italien 1955 4,62 %) ist die perinatale Sterblichkeit an beiden Kliniken höher als der Landesdurchschnitt.

Die Müttersterblichkeit für diesen Zeitraum mit 0,14 % für die I. Frauenklinik der Universität und 0,13 % für S. Camillo liegt nur unmerklich höher als die Zahlen der Weltgesundheitsorganisation. (Bundesrepublik 1956 0,14, 1957 0,11, Italien 1956 0,11. 1957 0,11).

DISKUSSION

Nach Ermittlungen von Naujoks und Schwenzer konnte die Müttersterblichkeit in den letzten Jahren in fast allen Ländern der Erde gesenkt werden, eine Tatsache, die die Geburtshelfer in aller Welt mit Befriedigung erfüllt. Auch an den beiden hier untersuchten Kliniken liegt die Muttersterblichkeit mit 0,14 % Durchschnittswert für die I. Frauenklinik der Universität und mit 0,13 % für S. Camillo in dem erarbeiteten Zeitraum nur unwesentlich höher als der von der Weltgesundheitsorganisation für diese Jahre angegebene Durchschnittswert für die Bundesrepublik und für Italien und die Zahlen weisen eine fallende Tendenz auf.

Die perinatale Mortalität liegt für das Jahr 1955, für das Vergleichszahlen der Weltgesundheitsorganisation vorliegen, mit 8,4 % für die I. Frauenklinik der Universität München weit über dem mit 4,51 % angegebenen Durchschnittswert für die Bundesrepublik. S. Camillo liegt mit einer perinatalen Mortalität von 4,53 % in diesem Jahr sogar unter dem für Italien angegebenen Durchschnittswert von 4,62 %.

Da die Verhältnisse an der I. Frauenklinik der Universität München denkbar günstig sind und hier alle Forderungen nach Schwangerenberatung erfüllt sind, können die Faktoren für die hohe perinatale Mortalitätsquote nur außerhalb der Klinik liegen.

Die sozialen Verhältnisse der Patientinnen müssen hier eine Rolle spielen. In S. Camillo kommen die Patientinnen aber aus den gleichen sozialen Schichten und der allgemeine Lebensstandard ist in Italien niedriger als in der Bundesrepublik.

Wie kommt es, daß die perinatale Mortalität an der I. Frauenklinik der Universität München so hoch ist.

Nach Naujoks beeinflussen drei Faktoren wesentlich die perinatale Mortalität.

1. Die Beckenendlagen; 2. die Frühgeborenenfrequenz, und 3. die Zahl der ledigen Mütter.

Alle diese drei Faktoren weisen in München eine deutliche Erhöhung gegenüber S. Camillo auf.

PFAUNDLER macht weitere Faktoren für die hohe perinatale Mortalität verantwortlich; die alle ausschließlich außerhalb der Klinik liegen. Unter anderem: mütterliche Erwerbstätigkeit, Zunahme der jungen Erstgebärenden, mangelnde seelische Reife der Mütter und schließlich das Fehlen des Willens zum Kinde.

Wie verhält es sich hier bei unseren Patientinnen?

Eine persönliche Befragung nach sozialen Verhältnissen, Erwerbstätigkeit, Willen zum Kinde und eine Beurteilung der seelischen Reife war hier nicht möglich, da alle Zahlen aus Geburtsjournalen entnommen wurden.

Ein Einblick in die Erwerbstätigkeit der Frau in diesen Jahren gibt uns interessante Aufschlüsse.

In München liegen keine Zahlen über die Erwerbstätigkeit für die Jahre 55-57 vor, wir müssen daher die Zahlen der Volkszählung 1950 und 1961 heranziehen.

1950 waren in München und Umgebung 36,54 % aller Frauen berufstätig, 1961 dagegen schon 41,05 %. Die Erwerbstätigkeit der Frauen ist also im Zunehmen. In Rom und Provinz waren 1955 nur 15,80 % aller Frauen berufstätig und 1957 nur noch 13,50 %, die Zahl der berufstätigen Frauen ist also im Abnehmen.

Wie steht es mit der seelischen Reife der Mütter und dem Willen zum Kinde?

In Deutschland steigt die Zahl der Abtreibungen, die statistisch nicht zu erfassen ist, von Jahr zu Jahr. Die Zahl der ledigen Mutter und der jugendlichen Erstgebärenden ist auch im Steigen begriffen. In der Großzahl der Jungen ist eine unvorhergesehene Schwangerschaft der Heiratsgrund. Die jungen Mütter sind seelisch noch nicht gereift, wirtschaftlich nicht gesichert und der Wille zum Kind ist vor der Geburt in den meisten Fällen nur wenig ausgeprägt. Die junge Mutter teilt ihr Leben zwischen Arbeit, Haushalt und Vergnügungen auf, auf die heute keine Frau mehr verzichten will. Zivilisationsschäden wie Lärm, Hast und ein Überangebot von Vergnügungen kommen unablässig auf sie zu.

Die italienische Frau sieht dagegen auch heute noch ihre Lebensaufgabe in der Mutterschaft. Der Wille zum Kind ist in jedem Falle positiv, ob es das erste oder das vierte Kind ist. Die Italienerin ist ethisch und moralisch an die Tradition gebunden. Ob sie nun berufstätig ist oder nicht, ihre Aufgabe wird immer die Familie sein. Ihre Pflichten als Ehefrau und Mutter verdrängen den Wunsch nach Vergnügungen. Sie wird vor kriminellen Eingriffen zurückschrecken und der positive Wille zum Kinde drückt sich in der niederen Frühgeborenenfrequenz aus.

Um die perinatale Mortalität in Deutschland zu senken, müßte man mehr auf die sozialen Verhältnisse und auf die ethische Einstellung der Frauen eingehen. Man müßte den Willen zum Kinde neu erwecken und die Mutterschaft als erste und schönste Aufgabe der Frau wieder neu modern machen.

Man müßte vor allem die unerwünschten Schwangerschaften einzudammen suchen.

Dies ist aber nur über eine zeitgerechte und systematische Familienplanung und eine Konzeptionsverhütung durch unschädliche und moralisch vertretbare Mittel zu erreichen.

Zum Schluß der Arbeit möchte ich Herrn Professor Dr. G. MATIUS für die Überlassung des Themas und Herrn Prof. A. GUSSO dem Leiter der Gynäkologischen Abteilung des städt. Krankenhauses S. Camillo für seine freundliche Unterstützung während meines Aufenthaltes an seiner Klinik meinen besonderen Dank aussprechen.

LITERATUR

1. KLEINE - Ursachen und Verhütung der Müttersterblichkeit 1959
2. NAUJAKS und SCHWENDER Frühgeburtenproblem im Rahmen der perinatalen Sterblichkeit. Arch. Gynak. 187 1955
3. BREY und WIENOLD - Einfluß der Sozialgesetzgebung auf die Frühgeburtensterblichkeit. Z. f. ärztl. Fortbildung 52, 1962
4. ANDREAS Analyse der mütterlichen Sterblichkeit in der DDR. Z. f. ärztl. Fortbildung 55, 1961
5. BELMONTE - Il problema degli illegittimi Statistisches Institut der Universität Rom.
6. DIXON HUGHES - Ante-natal care and the prevention of eclampsia and severe toxæmia. Med. J. Austr. 1956
7. TAYLOR - Obst. a. Gynec. 3, 225, 371 1954
8. OTTOLENCI - Il trattamento delle tossicosi gravidiche Ann. Ostetr. 77 1955
9. ZACUTTI - Modificazione della ripartizione idrica intracellulare nella gravidanza normale e nella tossicosi. Riv. ital. Ginecol. 39 1956
10. GASPARI LEONI - Il quadro siero proteico materno e fetale nelle gravidanze normali e nelle tossicosi Riv. ital. Ostetrica 1, 1956
11. RUNGE - Eklampsie Symposium Beilageheft zur Zeitschrift f. Geburtshilfe Bd 150 1958
12. BASS - Über die verzögerte Lösung der Plazenta. Dtsch. med. Wschr. 85 1960
13. STOECKEL - Lehrbuch für Geburtshilfe
14. STEINEGG - Die uneheliche Mutterschaft und ihre Folgen für Mutter und Kind Dissertationsarbeit 1960
15. MARTIUS - Lehrbuch für Geburtshilfe.

L E B E N S L A U F

Am 6. 6. 1933 wurde ich als Tochter des Apothekers Anton Luft und seiner Ehefrau Irmgard in Teplitz-Schönau im Sudetenland geboren. Dort besuchte ich die Volksschule und die ersten 2 Jahre der höheren Schule. Nach unserer Ausweisung im Juni 1945 fand meine Familie in Stuttgart eine neue Heimat. Dort besuchte ich die Königin-Charlotten-Oberschule bis zum Abitur im März 1952. Danach besuchte ich das Dolmetscherinstitut der Universität Heidelberg, und machte im Winter Semester 1954/55 das Übersetzer-Examen in Englisch und Spanisch. Danach begann ich mit dem Medizin-Studium. Das erste Semester besuchte ich noch in Heidelberg, dann ging ich nach München, wo ich im Sommersemester 1957 die ärztliche Vorprüfung und im März 1961 das ärztliche Staatsexamen absolvierte. Während der Semesterferien und anschließend an das Staatsexamen sammelte ich das Material zu meiner Dissertationsarbeit. Meine Medizinalassistentenzeit absolvierte ich an der Universitätsklinik Paris, der Universitätsklinik München, im Kreiskrankenhaus Seefeld, am städtischen Krankenhaus Schwabing und Oberföhring, wo ich auch jetzt im Rahmen meiner Anaesthesiefacharztausbildung nach erfolgter Approbation im Juli 1963 als Vollassistentin tätig bin.

